

Online-Texte der Evangelischen Akademie Bad Boll

Evidenzbasierte Rehabilitation

Gesicherte Forschungserkenntnisse zur Rehabilitation chronisch psychisch erkrankter Menschen

Prof. Dr. Thomas Becker, Anja Born, Rana Kalkan & Reinhold Kilian

Ein Beitrag aus der Tagung:

Wirksame Rehabilitation für psychisch erkrankte Menschen

Ergebnisse der Forschung – Perspektiven aus der Praxis

Bad Boll, 7. – 8. März 2006, Tagungsnummer: 411006

Tagungsleitung: Dr. Günter Renz, Gerlinde Barwig, Dr. Jürgen Armbruster, Georg Schulte-Kemna, Manfred Schöninger

Bitte beachten Sie:

Dieser Text ist ausschließlich zum persönlichen, privaten Gebrauch bestimmt. Jede weitere Vervielfältigung und Verbreitung bedarf der ausdrücklichen Genehmigung des Urhebers/der Urheberin bzw. der Evangelischen Akademie Bad Boll.

© 2006 Alle Rechte beim Autor/bei der Autorin dieses Textes

Eine Stellungnahme der Evangelischen Akademie Bad Boll ist mit der Veröffentlichung dieses Textes nicht ausgesprochen.

Evangelische Akademie Bad Boll
Akademieweg 11, D-73087 Bad Boll
E-Mail: info@ev-akademie-boll.de
Internet: www.ev-akademie-boll.de

Evidenzbasierte Rehabilitation – Gesicherte Forschungserkenntnisse zur Rehabilitation chronisch psychisch erkrankter Menschen

Thomas Becker, Anja Born, Rana Kalkan & Reinhold Kilian

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Abteilung Psychiatrie II der Universität Ulm
Bezirkskrankenhaus Günzburg

Evangelische Akademie Bad Boll
Dienstag, 07. März 2006

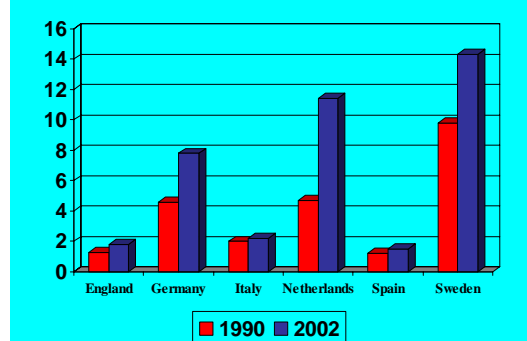
Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries

Stefan Priebe, Alli Badesconyi, Angelo Fioritti, Lars Hansson, Reinhold Kilian, Francisco Torres-Gonzales, Trevor Turner and Durk Wiersma

BMJ 2005;330:123-126; originally published online 26 Nov 2004; doi:10.1136/bmj.38296.611215.AE

*Reinstitutionalisierung
in der psychiatrischen
Versorgung:
Datenvergleich aus
sechs europäischen
Ländern*

- 6 Länder (UK, D, I, NL, ES, SWE) mit unterschiedlichen Psychiatrie-Reformerfahrungen seit 1970er Jahren
- Kriterien: forensische Betten, unfreiwillige stationäre Aufnahmen, Plätze in Wohneinrichtungen, psychiatrische KH-Betten, Gefängnispopulationen 2002-3 vs. 1990-1
- Ergebnisse:
 - forensische Betten & Wohnplätze: ↑ (6 Länder)
 - unfreiwillige Aufnahmen: inkonsistente Entwicklung
 - psychiatrische KH-Betten: ↓ (5 Länder), aber ...
 - **Bettenreduktion** < als **Zunahme** forensischer & Wohnplätze (4 Länder)
 - Gefängnispopulationen: ↑ (6 Länder)



Grundlagen psychiatrischer Rehabilitation

„Psychiatric rehabilitation...attempts to maximize functioning, while at the same time acknowledging the possibility of relatively fixed disabilities and the necessity of providing supportive environments.“

Shepherd 1991

- Seit 1950 Veränderung der Sichtweise von psychischen Störungen:
 - > Bestrebungen der Deinstitutionalisierung
 - > Kürzere Verweildauern in Kliniken
 - > Notwendigkeit der Nachsorge
- Impulse und Herausforderung für psychiatrische Rehabilitation

Psychiatrische Rehabilitation auf Gemeindeebene: Soziales Netzwerk

- Ressource (protektiver) und mitbedingender Faktor für Genese und Verlauf psychischer Erkrankungen
- Intervenierende Umweltvariable
- Gemeinsamkeiten von sozialen Netzwerken und psychiatrischer Rehabilitation:
 - Alltagsweltliche Perspektive
 - Individuelle Unterstützung der Person vor Ort
 - Konkrete Bedarfsorientierung in Bezug auf Rollengestaltung / Stärkung der Fertigkeiten
 - Ressourcenorientierung

Psychiatrische Rehabilitation auf Gemeindeebene: Wohnsituation

NAMI – USA-weite Untersuchung (1984)

- **30% der chronisch Kranken leben mit ihrer Familie**
- **15% leben in betreuten Wohnformen in der Gemeinde**
- **18% leben in Krankenhäusern**
- **1/3 der Obdachlosen in den USA sind chronisch psychisch krank**

- Fakhoury et al. 2002 weisen auf das Problem hin
- Bramesfeld und Holler (2004): „Data about available accommodation in supported housing and hostels are inconsistent and limited.... A comprehensive system of documentation for accommodation / supported housing for mentally ill and handicapped persons is needed urgently.“

Akutbettenmangel in UK

- Erhebliches Problem in städtischen Zentren
- Unter den Ursachen für Überfüllung oft Mangel an längerfristigen, hinreichend intensiven Betreuungsangeboten
- Problem der sogenannten „Fehlplatzierung“ auf Akutstationen
- Bei Aufenthaltsdauern > 6 Monate 61%
- N.B. Systemzusammenhang

Alternativen „zum Bett“?

- Alternativen zur akuten Hospitalisierung für 29 % stationärer Aufnahmen und für 42 % von Aufenthalten mit einer Dauer von > 60 Tagen
- Gewählt wurden eher Wohneinrichtungen als intensive Gemeinde-Unterstützung

Zusammenhang Bettenreduktion / Belastung der
community psychiatric nurses, Ward & Jones 1997

Wohnen:

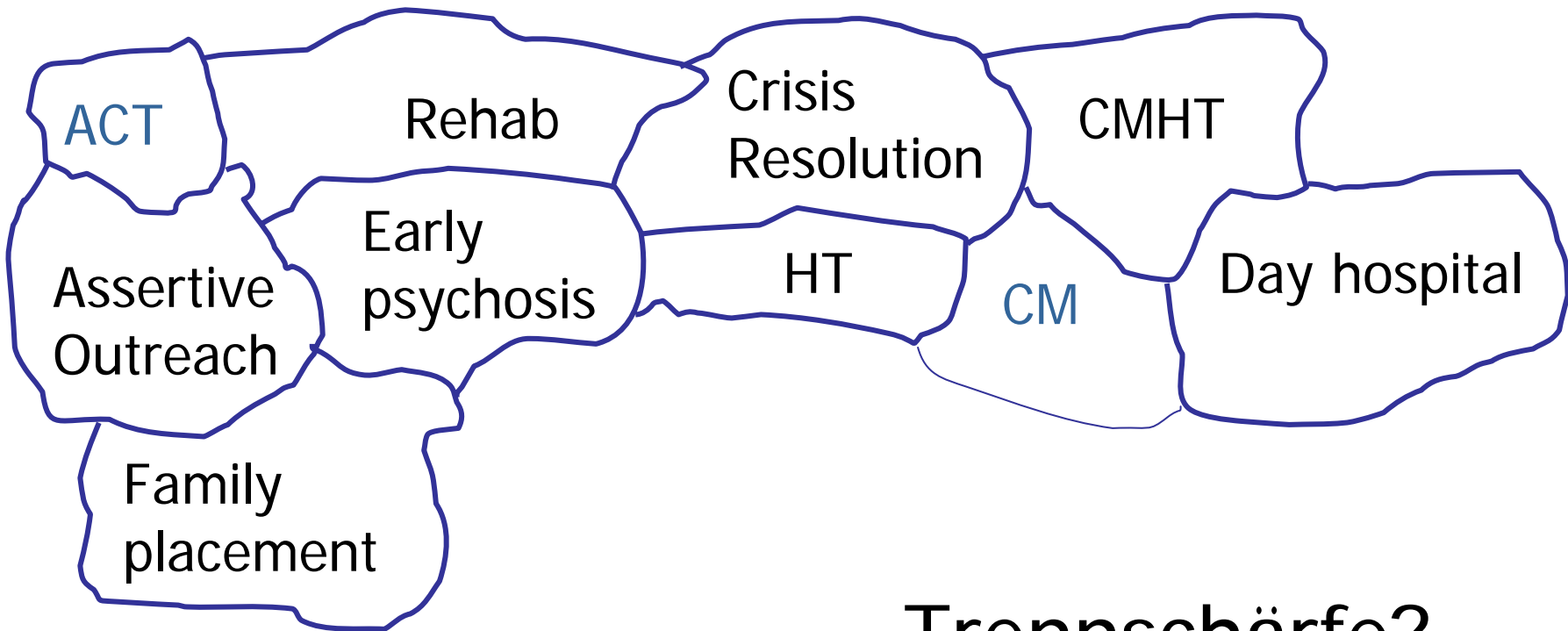
Research zu Supported Housing (SH)

- Patienten in SH: Defizite bei Selbstversorgung und allgemeinem Funktionsniveau
- Patienten ausgeschlossen von SH: wenn Verhaltensprobleme
- Patienten in SH: zufriedener
- Patienten präferieren Angebote mit wenig Einschränkung, Probleme: Einsamkeit, Isolation
- Forschung zu SH vernachlässigt; müssen wissen, **was** für Angebote, aber auch **wie** (Prozess)

Integrative Wohnangebote: Aktuelle Befunde

- **Betreuungsintensität**
 - Variabel, jedoch *Mangel an 24 Std.-Betreuungsformen*
- **Grad der Normalisierung und Integration**
 - Ideale Wohnform: Normalität häuslicher Atmosphäre
- **Professionalität und Kosten**
 - Kostensparende *Deprofessionalisierung* vs. kostenintensive *Qualifizierung*
- **Kosten rehabilitativer Angebote & Versorgungsqualität**
 - Kosten: staatliche Einrichtungen > lokale Sozialbehörden > private Träger; *Kosten der Angebote korrelieren mit Versorgungsqualität (z.B. wenig Restriktivität) und -Ergebnis*
- **Unterversorgung und Forensifizierung**
 - Unterversorgung bestimmter Patientengruppen (suchterkrank, sozial auffällig) → Gefahr „Forensifizierung“ → Einzelansatz
- **Qualitäts- und Bedarfsmessung**
 - Regelmäßige Klientenbefragung → mündet zeitnah und systematisch in *Angebotsveränderung*

*... vielfältige Versorgungsmodelle
mit soziotherapeutischen Elementen*



... Trennschärfe?

Case Management

Case Management basiert auf einem Case Manager, nicht auf Team

1. Bedarfserhebung
2. Planung einer umfassenden Versorgung für einzelne Patienten
3. Zusammenstellung der Einzelinterventionen
4. Kontrolle der einzelnen Dienste und der Inanspruchnahme
5. Beurteilung der Wirksamkeit
6. Nachsorge und Aufrechterhaltung des Kontaktes

Case Management

(+) Wirksamkeit: Kontakt zum Hilfesystem,
Zufriedenheit

(?) Compliance (Hinweise)?

*Evidenz 1a, Marshall
et al. 1998*

(→) Zahl der Krankenhausaufenthalte erhöht,
Verweildauer kürzer

- wissenschaftliche Basis für Case Management gemischt

Assertive Community Treatment (ACT)

Entwicklung in den USA seit 1970 Stein & Test

- „Hospital without walls“
- nachgehende, aufsuchende Betreuung
- multiprofessionelle Behandlungsteams, Ärzte, Psychologen, Pflegepersonal, Sozialarbeiter
- Personalschlüssel 1: 10
- 7 Tage 24 Stunden Verfügbarkeit
- Kontakt zum Patienten auch während stationärer Episoden
- Einbeziehung des sozialen Netzes

Assertive Community Treatment (ACT)

(+) Wirksamkeit: Reduzierung der Wiederaufnahmeraten, verbesserte Compliance und Lebensqualität im Vergleich zu Standardbehandlung

Evidenz 1a, Marshall et al. 2002; Tyrer et al. 2002

(→) Schwierigkeiten bei der Implementierung (PRiSM-Studie)

- Schwer Erkrankte vernachlässigt?
- Wer fällt durch das Versorgungsnetz?

Ergotherapie

- Älteste Behandlungsform psychischer Erkrankung
- Zweckvolle Aktivitäten:
 - Überwindung von Symptomen
 - Vorbeugung von Funktionsstörungen
 - Verbesserung der Selbständigkeit
- Befunderhebung (handlungsorientierte Diagnostik) ähnlich ICF
- „Behandlung durch Handlung“
- Verbesserung von Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen

Ergotherapie

- Flächendeckend stationär vorhanden, nicht aber ambulant
- **Evidenz:**
 - Heuristische Konzepte
(Anthropologie, Soziologie, Psychologie)
 - Isolierung spezifischer Wirkfaktoren steht an den Anfängen
 - Warum keine RCTs ? → methodische Probleme, multimodaler Gesamtbehandlungsplan
- Spezifität der Ergotherapie?
- **Evaluationslücke !**

*Bennett 1975; Jahoda
1983, Eikelmann 1998*

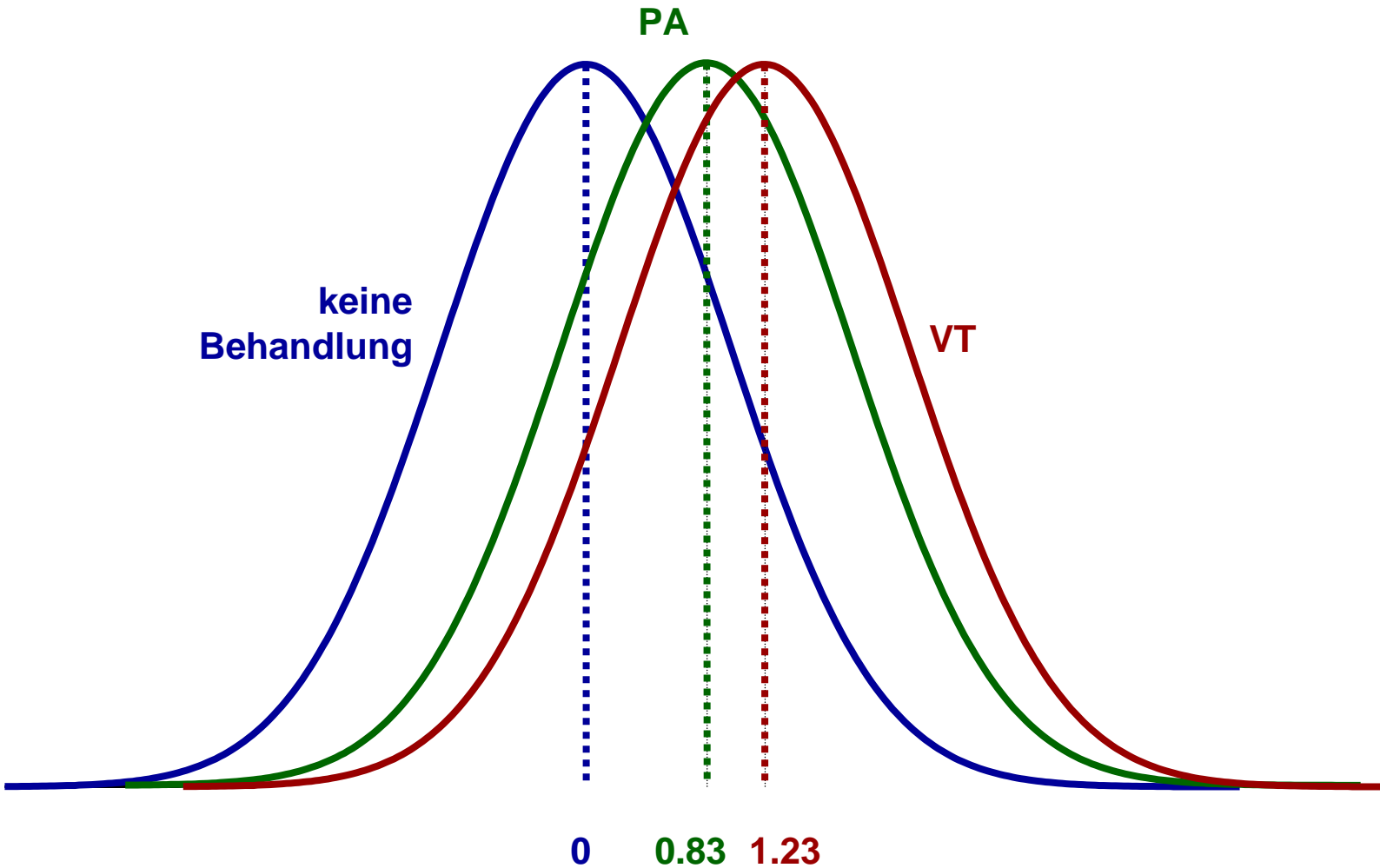
Psychotherapie wirkt ! – wichtig für Reha?

Effektstärken therapeutischer Interventionen

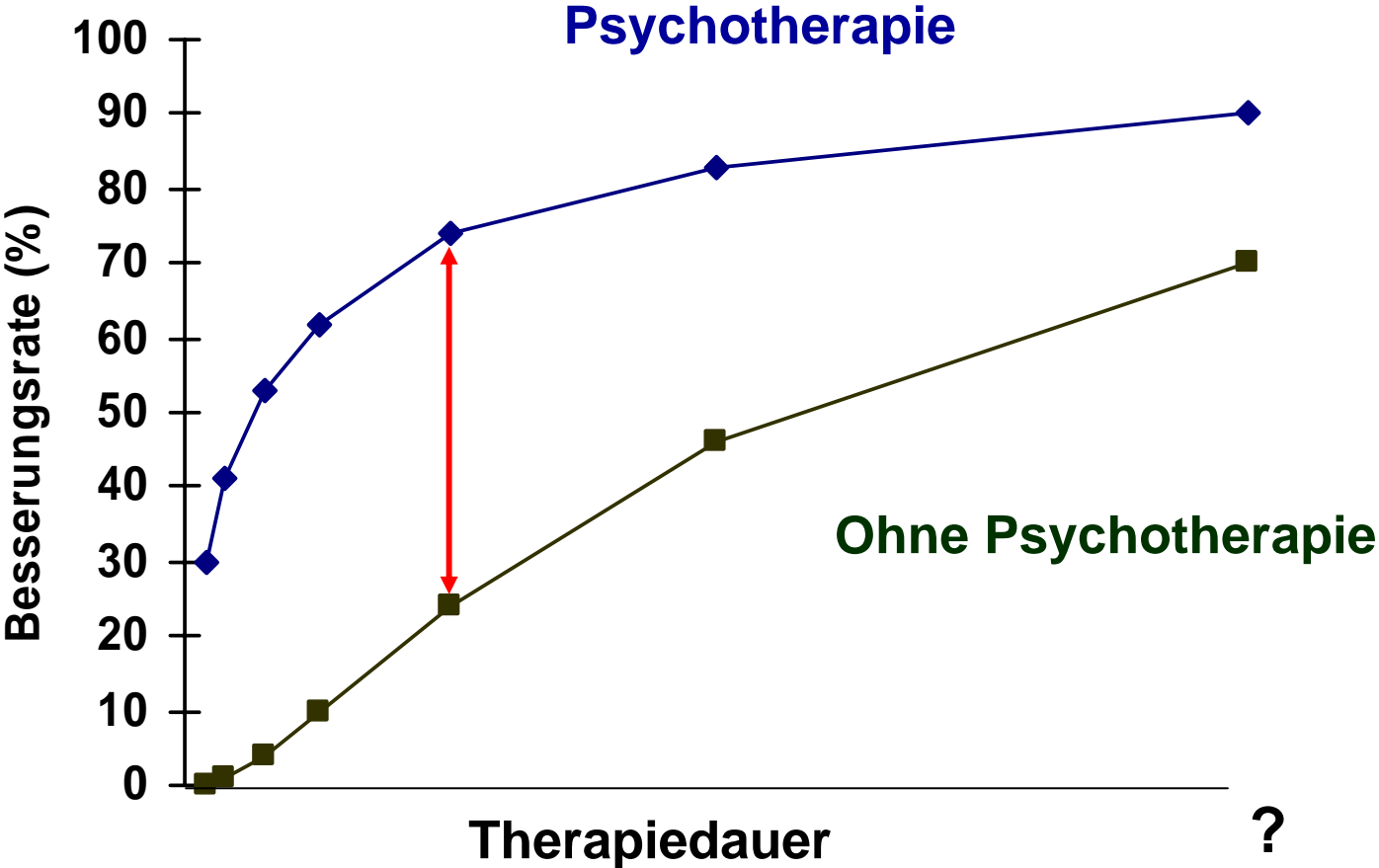
Intervention	Kriterium	Effektstärke
Aspirin	(Vermeiden von) Herzinfarkt	0,06
AZT	Überleben (AIDS)	0,30
Psychotherapie (allg.)^{*)}	Besserung	1,11
- Verhaltenstherapie	Besserung	1,23
- Gesprächspsychother.	Besserung	1,14
- Psychoanalyt. Ther.	Besserung	0,83

^{*)} Grawe et al. (1994)

Was ist die optimale Behandlung?



Gibt es eine optimale Dauer für Psychotherapie ? *)



*) McNeilly & Howard (1991)

Schizophrenie

umfangreiche Evidenz zur additiven Wirksamkeit von Psychotherapie, v.a. hinsichtlich Negativsymptomatik und bei chronischen Verläufen Mojtabai et al., 1998

wirksame Verfahren Brenner et al. 2000

- **Training sozialer Fertigkeiten → soziale Anpassung, Residualsymptome**
- **Training kognitiver Fertigkeiten**
- **(coping-orientierte) Familienintervention → soziale Kompetenz, < Rückfallrisiko**
- **CBT (Residualsymptomatik)**

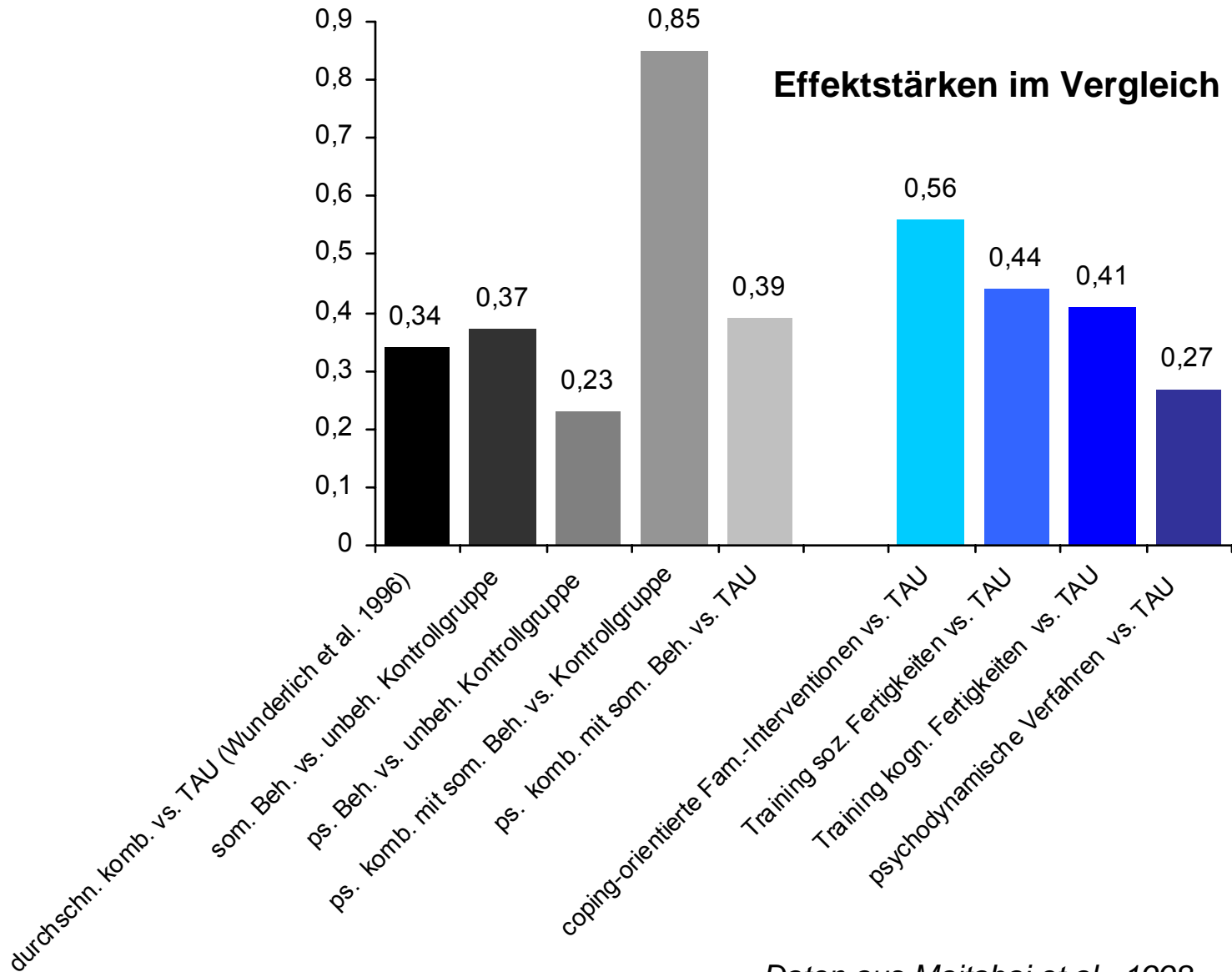
weniger (nachgewiesene) **Wirksamkeit**

- PT in der Akutphase während des stationären Aufenthalts
- psychodynamische Verfahren (aber: kaum angewandt und beforscht)

neu: Verbesserung Positivsymptomatik mittels "rationalem Diskurs"

Drury et al., 1996; Kuipers et al., 1997

Schizophrenie



Daten aus Mojtabai et al., 1998

Evidenz Schizophrenie: Überblick

Therapeutischer Zielbereich	Reviews und Metaanalysen
◆ Persistierende Positivsymptomatik	◆ CBT: (Tarrier, 2005, Tarrier et al., 2004, Jones et al., 2004, Vauth et al., 2005, Turkington et al., 2004, Rector et al., 2002, Cormac et al., 2002)
◆ Kognitive Funktionsstörungen	◆ CR: (Kruger et al., 2004, Krabbendam et al., 2002, Kurtz, 2003, Pilling et al., 2002, Twamley et al., 2003)
◆ Krisenintervention und Risikomanagement (Suizid-Fremdaggressionsprophylaxe; Rückfallprohylaxe)	◆ KI: (Joy et al., 2004) ◆ Suicid (Pompili et al., 2004) ◆ Rückfallprophylaxe (Lee et al., 2005, Birchwood and Spencer, 2001)
◆ Primär und Sekundärprävention (Prodromal and early psychosis intervention)	◆ (Chong et al., 2004, Perkins, 2004, Gleeson et al., 2003, Cuijpers et al., 2005, Corcoran et al., 2005)
◆ Fertigkeitstraining	◆ (Bellack, 2004, Pilling et al., 2002)
◆ Interventionen bei dualen Diagnosen	◆ (Tsuang and Fong, 2004, Granholm et al., 2003, Drake and Mueser, 2001)
◆ Förderung von Compliance und Behandlungsbereitschaft	◆ (Henry and Ghaemi, 2004, Nose and Barbui, 2003, Zygmunt et al., 2002, Gray et al., 2002)
◆ Aufbau von Anreizen zur Verhaltensänderung	◆ token economy (Dickerson et al., 2005)
◆ Reduktion von familiärer Belastung und HEE-Mustern	◆ Verhaltenstherapeutische Angehörigenarbeit: (McFarlane et al., 2003, Dyck et al., 2002)

Evidenz: einzelne Ansätze I

Reduktion familiärer Belastung und von sog. high expressed Emotion (*Rückfall-fördernden Kommunikations- und Interaktionsstilen in der Familie*)

→ wohl am besten evaluierte verhaltenstherapeutische Ansätze

Förderung von Compliance und Behandlungsbereitschaft

- hohe Non-Compliance-Raten (50% im ersten Jahr nach der Entlassung aus stationärer Behandlung; bis zu 75% im zweiten Jahr)
- Wissensvermittlung notwendige, aber nicht hinreichend für Aufbau von Behandlungsbereitschaft
 - systematischer Einbezug von Erwartung, Werten und Zielen des Patienten
 - partnerschaftlicher Stil in der Arzt-Patient-Beziehung
- empirische Basis “motivational interviewing” zunehmend breiter, aber inkonsistent und keine Psychotherapie im engeren Sinne.

Evidenz: einzelne Ansätze II

Soziale Kompetenztrainings

- in den letzten 25 Jahren systematisch weiterentwickelt und evaluiert
- Vielzahl von Studien → auch bei schwerer beeinträchtigten Patienten können Behandlungserfolge erzielt werden
- deutliche Effekte in methodisch guten Studien
- häufig Alltagstransfer reduziert → Dauer mind. 2 Jahre, "shared treatment decision making"

Bellack, 2004

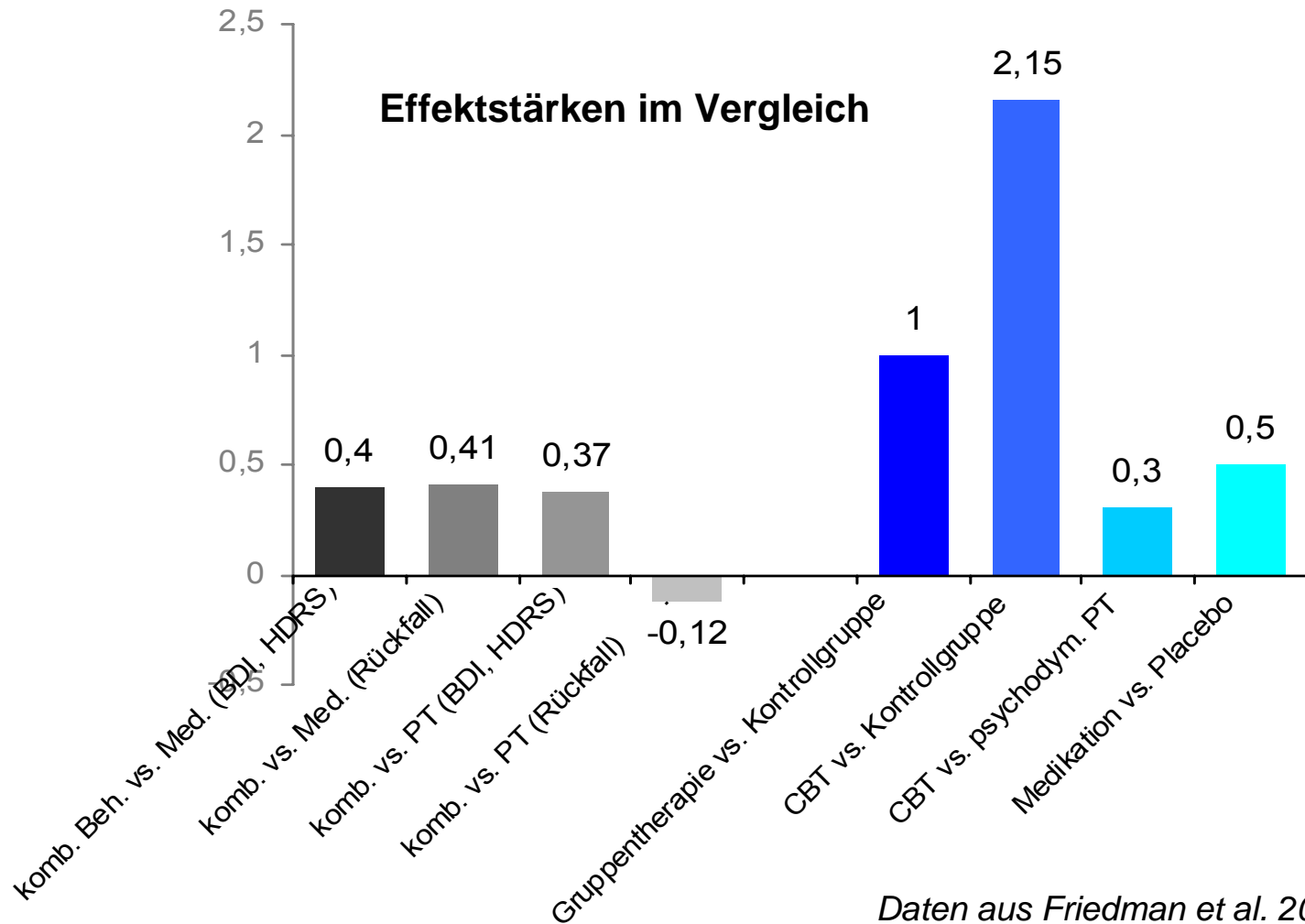
Pilling et al., 2002

Kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätze zur persistierenden Positivsymptomatik

- recht junge Entwicklung
- 20 kontrollierte Studien → günstige und im Follow-up stabile Effekte
 - Verminderung der Symptomschwere und -häufigkeit
 - subjektive Belastung durch Symptome.
- unklare Effekte auf Rückfallraten und Funktionsniveau ⇔
Vergangenheit: Persistieren wahnhafter Symptomatik → Hilflosigkeit
Therapeut → psychotherapeutische Ansätze in der Versorgung
schizophrener Störungen nicht machbar

Depression

- moderater additiver Effekt von Psychotherapie bei schweren/chronischen depressiven Erkrankungen Friedman et al. 2004
- besonders wirksam hinsichtlich Rückfall-Vermeidung



Literaturrecherche zum

Thema

Inanspruchnahme, Bedarf und Angebot von **Psychotherapie** für Menschen mit Schizophrenie in Deutschland?

Suchkriterien

Über generelle Empfehlungen ("Psychotherapie sollte immer zusätzlich zu neuroleptischer Medikation angewandt werden)" hinausgehende Daten

→ Zahlen über Menschen mit schizophrenen Erkrankungen, die

- a) Psychotherapie brauchen
- b) Psychotherapie angeboten bekommen
- c) Psychotherapie erhalten.

Datenbanken: Psyindex (German), PsycInfo (English), and Medline (English), Arbeiten seit 1990.

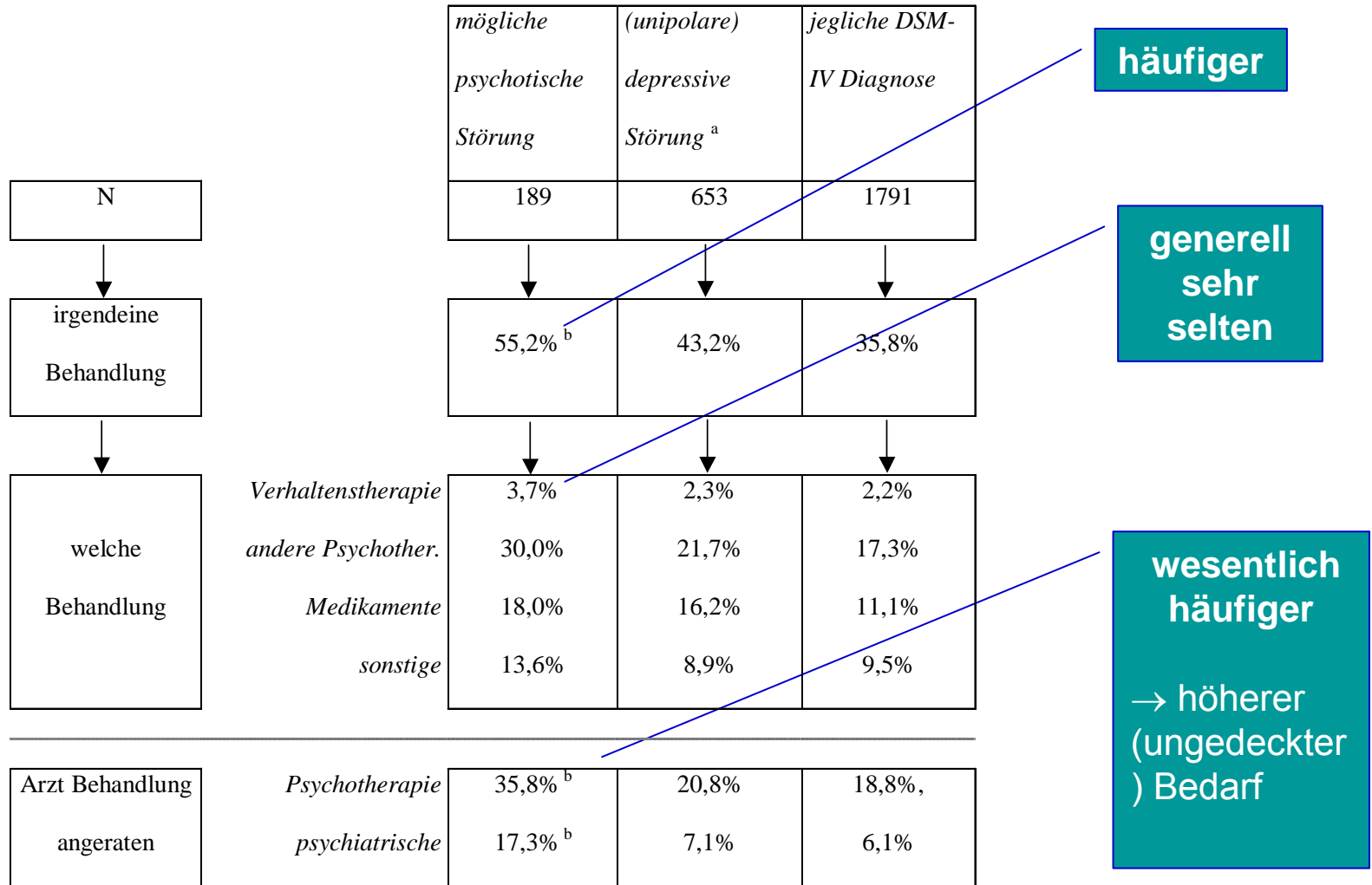
Literaturrecherche: Sichtung der Treffer

#	Quelle	Referenz	Typ	Sprache	Inhalt	Daten	relevant
1.	Psyndex	[23]	BK	D	Theoretische Essays und Beschreibungen von spezifischen Behandlungsverfahren	-	-
2.	PsyINFO	[49]	ZA	D	Studie über Psychoedukation bei S	+	-
3.	PsyINFO	[50]	ZA	E	Studie über Psychoedukation bei S	+	-
4.	PsyINFO	[51]	ZA	E	Studie über psychoedukative Familientherapie bei S	+	-
5.	PsyINFO	[52]	ZA	E	Studie über Wirksamkeit von Psychoedukation bei S	+	-
6.	PsyINFO	[53]	ZA	E	Meta-Analyse über Wirksamkeit von Familientherapie bei S	+	-
7.	PsyINFO	[4]	ZA	D	Studie über Frührehabilitation bei S	+	-
8.	PsyINFO	[54]	ZA	D	Studie über Familienbetreuung bei S	+	-
9.	Medline	[55]	ZA	E	Wirksamkeit von CBT und Psychoedukation bei S	+	-
10.	Medline	[56]	ZA	E	Effekt von "familial loading" auf Verlauf von S	+	-
11.	Medline	[22]	ZA	E	Wirksamkeit von psychoedukativer PT bei S	+	-
12.	Medline	[57]	ZA	E	Wirksamkeit von psychoedukativer PT bei S	+	-
13.	Medline	[58]	ZA	E	Übersicht über Behandlungsansätze bei S	-	-
14.	Medline	[59]	ZA	D	Wirksamkeit kombinierte S-Behandlung in Ambulanz	+	-
15.	Medline	[60]	ZA	E	Studie zu Wirksamkeit von "intermittierender Medikation" bei S	+	-
16.	Medline	[61]	ZA	D	Allgemeine Beschreibung von PT bei S	-	-
17.	Medline	[62]	ZA	E	Geschichte und Überblick über PT bei S	-	-
18.	Medline	[63]	BK	D	Allgemeine Beschreibung aktueller Behandlungsansätze bei S	-	-
19.	Medline	[64]	ZA	D	Effekt von CBT auf soziale Fertigkeiten bei S	+	-

ZA: Zeitschriftenartikel; BK: Buchkapitel (# 1 mehrere); B: Buch; D: Deutsch; E: Englisch; PT: Psychotherapie; S: Schizophrenie

Datensätze 1: Bundesgesundheitsurvey

Behandlungsraten im Vergleich für verschiedene Diagnosegruppen.

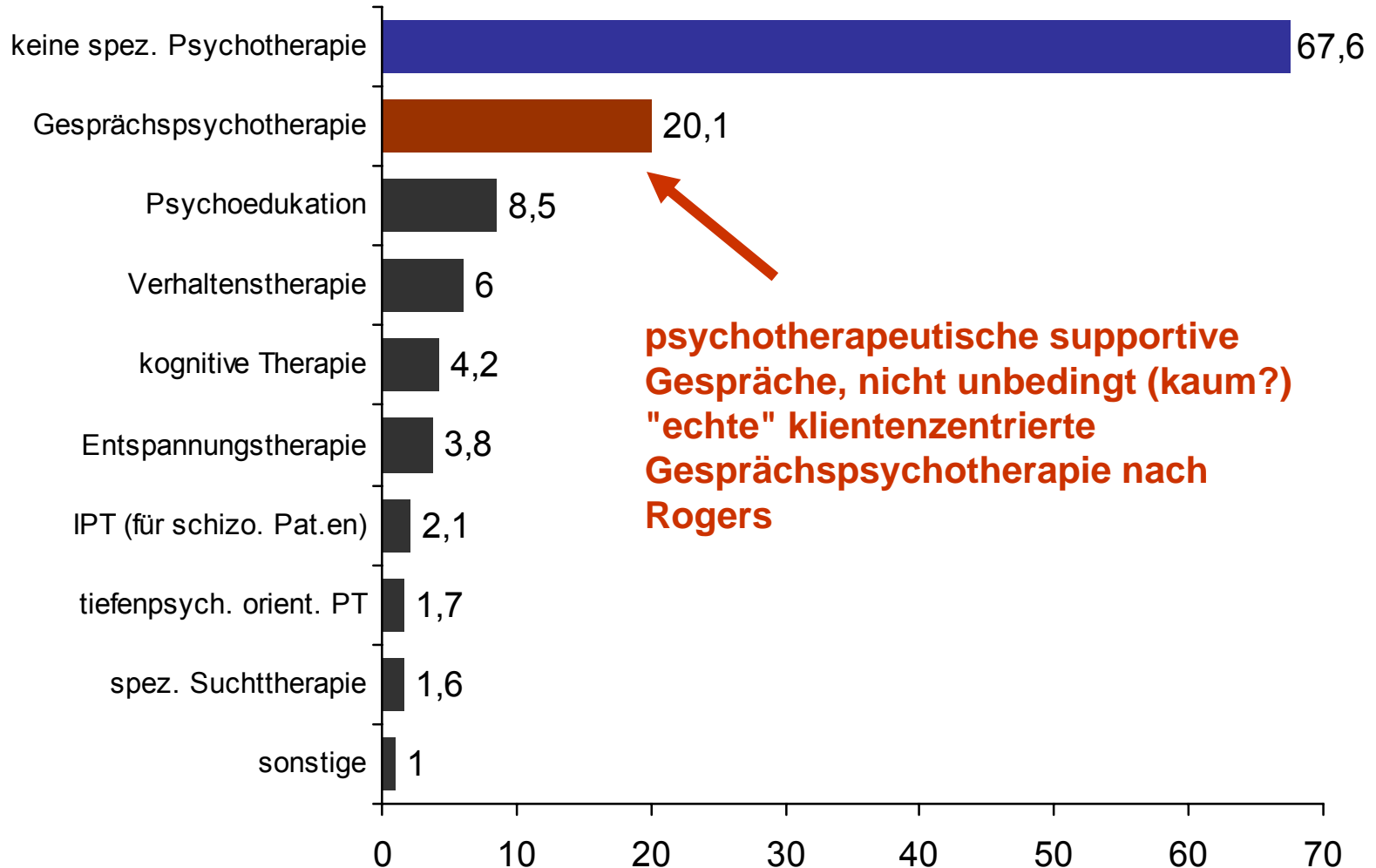


^a ohne psychotische Merkmale bzw. komorbide mögliche psychotische Störung.

^b signifikanter Unterschied ($p < 0.01$) "mögliche psychotische Störung" vs. andere DSM-IV-Diagnose (berechnet mittels logistischer Regression, kontrolliert hinsichtlich Alter und Geschlecht, Details nicht angeführt).

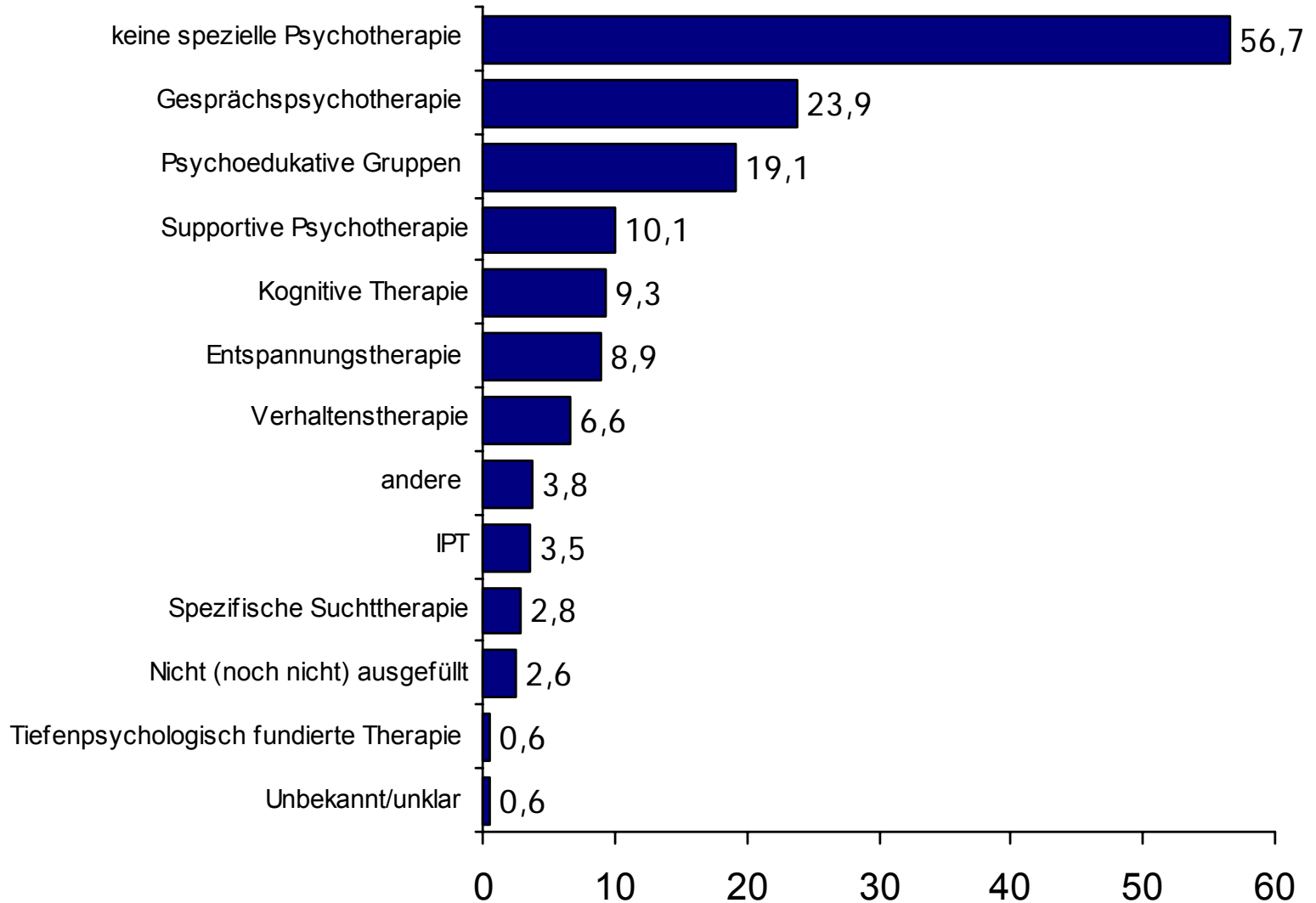
Datensätze 3: BADO (Item "Psychotherapie")

Aufnahmen BKH Regensburg (1995 - 1999; N = 6719)



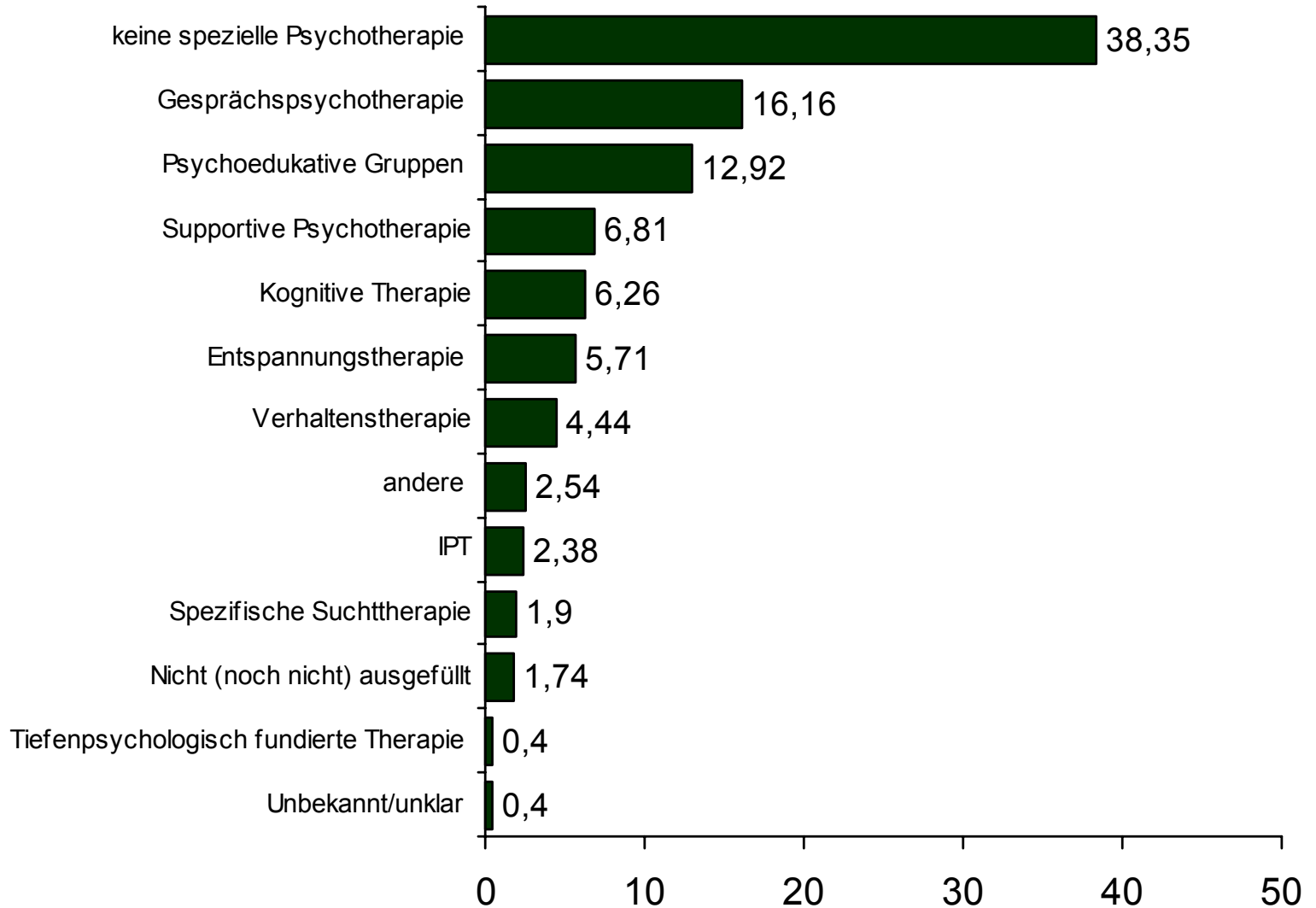
Datensätze 3: BADO (Item "Psychotherapie")

Aufnahmen BKH Günzburg (F2x.xx; Mai 2005 - Jan 2006; $N_{\text{Pat}} = 854$)



Datensätze 3: BADO (Item "Psychotherapie")

Aufnahmen BKH Günzburg (F2x.xx; Mai 2005 - Jan 2006; $N_{\text{Nennungen}} = 1262$)



Puschner, Vauth, Jacobi, Becker (angenommen "Nervenarzt")

Versorgungsepidemiologie: Σ

Literaturrecherche

keine (allgemein zugänglich) veröffentlichten Angaben zum Umfang von Bedarf, Angebot und Inanspruchnahme von **Psychotherapie** bei Menschen mit Schizophrenie in D (was übersehen?)

Datensätze

- **Allgemeinbevölkerung:** Behandlungsraten für CBT bei "Diagnostizierten" allgemein niedrig bei, höherer Bedarf bei Menschen mit Schizophrenie
- **Ambulante Psychotherapie:** sogut wie nicht bei Menschen mit Schizophrenie (aber: selektive Stichprobe)
- **Stationäre Psychiatrie:** CBT/KT nur bei kleinem Teil der schizophrenen Erkrankten

➔ **eklatante Evidenz-Praxis-Lücke**

Berufliche Rehabilitation für schwer psychisch Kranke

- *Arbeitssituation psychisch Kranker*
- *Beschäftigungshindernisse*
- *Bedeutung von Arbeit*
- *Ansätze in der beruflichen Rehabilitation*
- *Einrichtungen und Dienste*
- *(Internationale) Modelle und Programme*
- *Schlussfolgerungen*

Changes in skill and changes in role are two very different types of measures and it is role performance that is the quintessential rehabilitation outcome (Anthony et al. 2002)

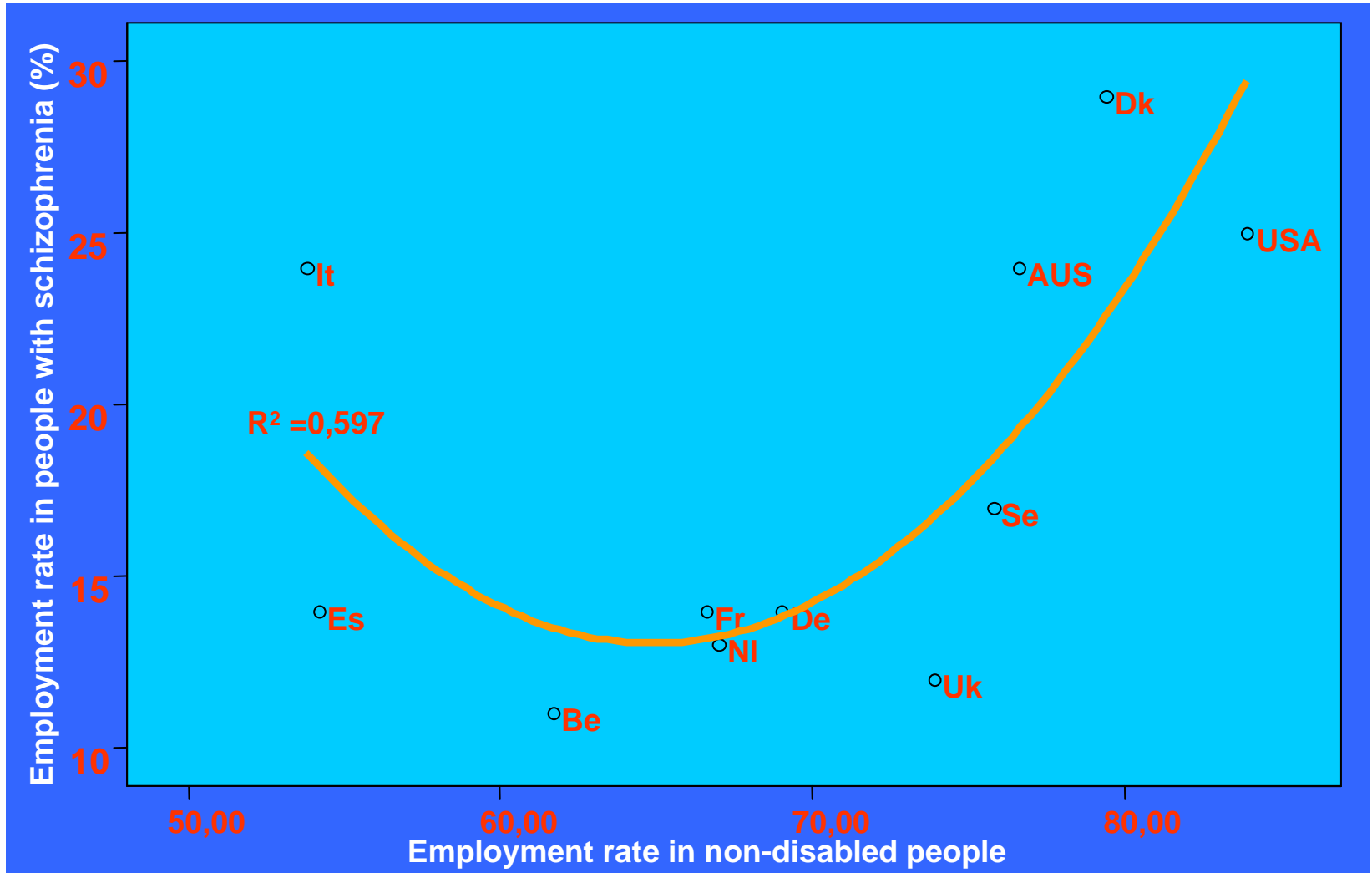
Arbeitssituation chronisch psychisch Kranker in Deutschland

- 16,5% Langzeitarbeitslose
- 12% Sozialhilfeempfänger
- 13,9% Frührentner
- 43% aus dem Erwerbsleben
ausgeschieden

Beschäftigungshindernisse bei Menschen mit psychischen Erkrankungen

- **Mangelnde
Beschäftigungsmöglichkeiten**
- Stigma und Diskriminierung
- Ökonomische Nachteile (disincentives)
- Wohlfahrts-Falle (welfare-trap)

Relation der Beschäftigungsrate von Menschen ohne Behinderung¹ mit Arbeitsmarktbeteiligung von Menschen mit Schizophrenie²



Beschäftigungshindernisse bei Menschen mit psychischen Erkrankungen

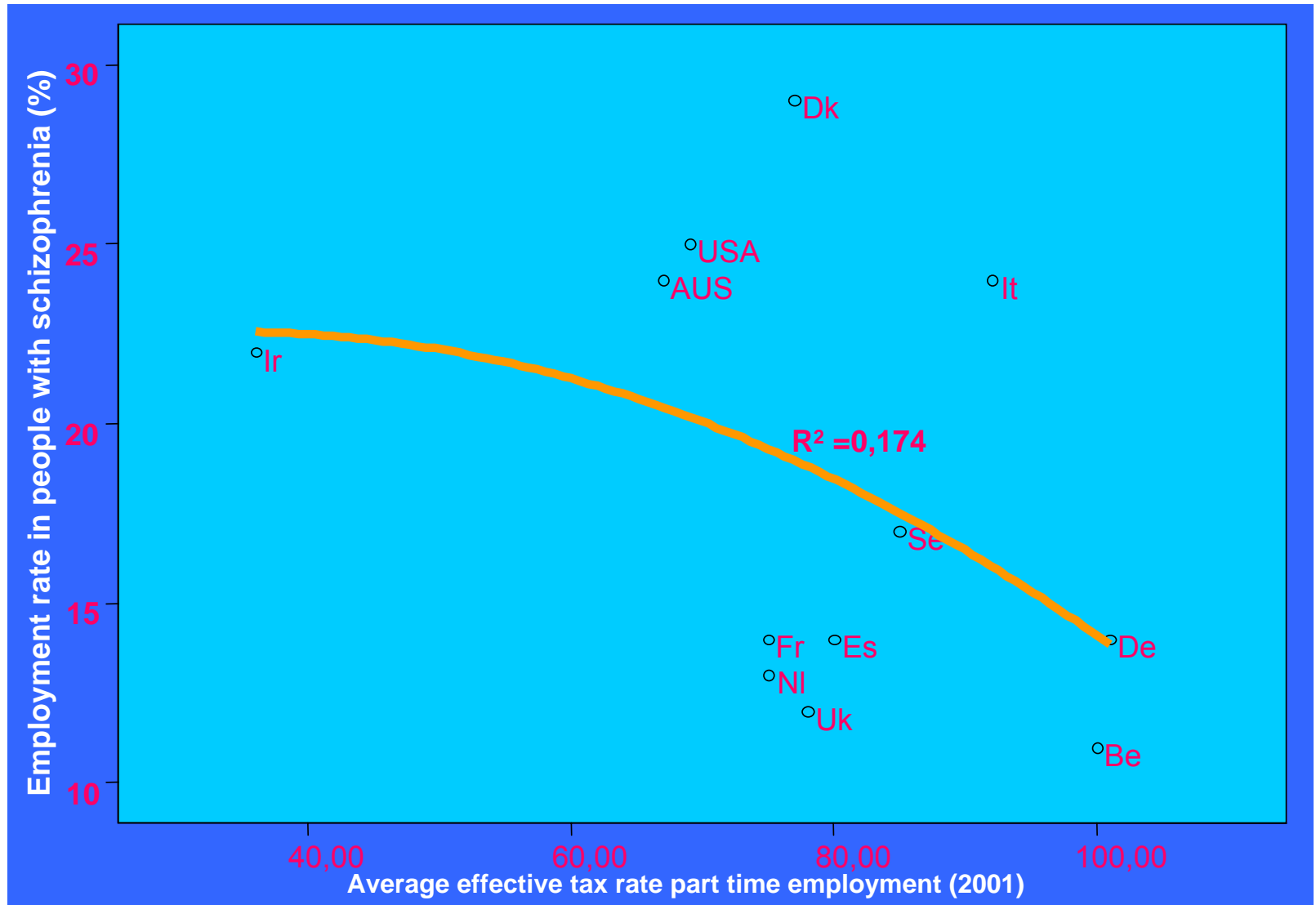
- Mangelnde Beschäftigungsmöglichkeiten
- **Stigma und Diskriminierung**
- Ökonomische Nachteile (disincentives)
- Wohlfahrts-Falle (welfare-trap)

- Stigma wird von Menschen mit psychischen Erkrankungen, Angehörigen und Psychiatrie-Professionellen als Hauptbarriere gegen Beschäftigung für psychisch Kranke angesehen (*Schulze & Angermeyer 2003*)
- Ein Anteil von 30% einer repräsentativen Stichprobe der Allgemeinbevölkerung würde es ablehnen, mit einer Person zu arbeiten, die an einer schizophrenen Psychose leidet (*Angermeyer & Matschinger 1997*)
- Mehr als 50% US-amerikanischer Arbeitgeber würden es ablehnen, Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung (severe mental illness) zu beschäftigen (*Manning & White 1995*)

Beschäftigungshindernisse bei Menschen mit psychischen Erkrankungen

- Mangelnde Beschäftigungsmöglichkeiten
- Stigma und Diskriminierung
- **Ökonomische Nachteile (disincentives)**
- Wohlfahrts-Falle (welfare-trap)

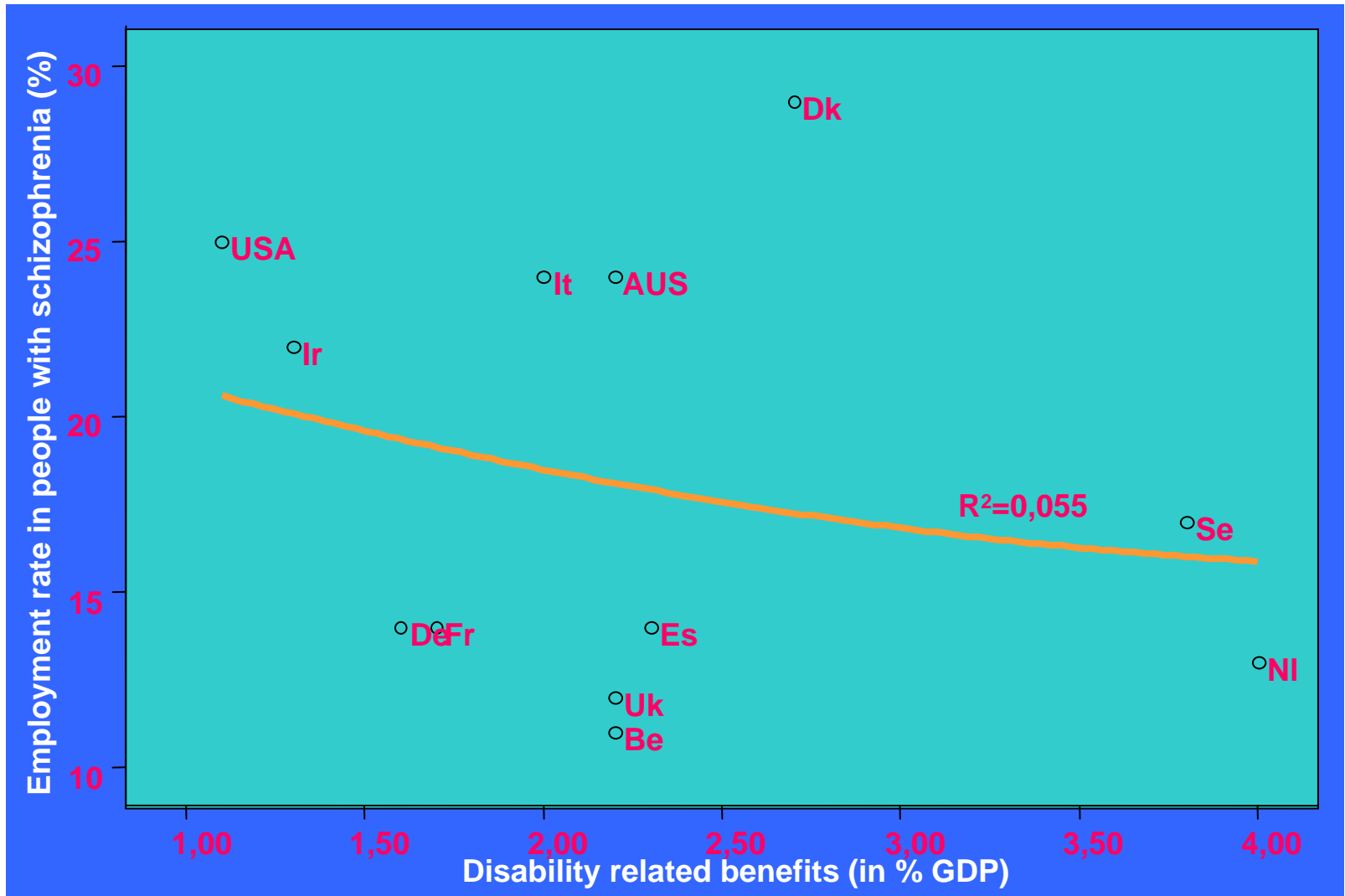
Durchschnittliche effektive Besteuerung von Teilzeitbeschäftigung¹ und Arbeitsmarktbeteiligung² von Menschen mit Schizophrenie



Beschäftigungshindernisse bei Menschen mit psychischen Erkrankungen

- Mangelnde Beschäftigungsmöglichkeiten
- Stigma und Diskriminierung
- Ökonomische Nachteile (disincentives)
- **Wohlfahrts-Falle (welfare trap)**

Mit Behinderung assoziierte soziale Zuwendungen und Arbeitsmarktteilnahme von Menschen mit Schizophrenie



Bedeutung von Arbeit

- Reker (1998):
Arbeit fordert zu regelmäßigen Aktivitäten heraus und gibt dem Tag eine Zeitstruktur.
- Hoffmann (2004):
Arbeit befriedigt das Bedürfnis nach Anerkennung, Sicherheit und das Gefühl, ein Teil der Gesellschaft zu sein.
- Rogers (1995):
„Work is a critical element in the recovery of people with mental illness. It offers more than a paycheck; it boosts self-esteem and provides a sense of purpose and accomplishment.“

Ansätze in der beruflichen Rehabilitation – personen- vs. umgebungszentrierter Ansatz

Personenzentrierter Ansatz:

- Diagnostik von (arbeitsbezogenen) Kompetenzdefiziten eines Patienten und Bearbeitung dieser Defizite durch ein systematisches Training (Bsp.: RPK)

Umgebungszentrierter Ansatz:

- Schaffung günstiger Arbeitsbedingungen, in denen auch Menschen mit erheblichen Defiziten langfristig arbeiten können (Bsp.: WfB)

Ansätze in der beruflichen Rehabilitation - train and place vs. place and train

Train and place:

- Traditioneller Ansatz – Mehrzahl aller nationalen und internationalen arbeitsrehabilitativen Hilfen
- Erst erfolgt ein vorbereitendes Training, anschließend der Versuch einer Arbeitsaufnahme auf dem ersten Arbeitsmarkt
- Hilfen enden in der Regel mit dem Abschluss des Trainingsprogramms – üblicherweise keine Nachbetreuung
- Bsp.: Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte (RPK)

Ansätze in der beruflichen Rehabilitation – train and place vs. place and train

Place and train:

- Liegt den amerikanischen supported employment (SE) Programmen zugrunde
- Bei ausreichender Motivation und psychischer Stabilität erfolgt Platzierung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt
- Training erfolgt durch einen Job-Coach direkt am neuen Arbeitsplatz, zeitlich nicht limitiert

Reker & Eikelmann 2004

Einrichtungen und Dienste – Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte (RPK)

- Möglichst gemeindenahe Einrichtungen
- Umfassende Hilfen und Förderung in den Bereichen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation
- Leistungen der beruflichen Rehabilitation: berufsvorbereitende Maßnahmen (Berufsfindung, Arbeitserprobung), Arbeitstraining
- Ziel: weitgehende berufliche und soziale Integration
- Anzahl der Einrichtungen in Deutschland: 49

BAG RPK – Katamnese 2003 – Erfolgsquote: 17,1%
(erster Arbeitsmarkt)



Rehabilitations-
einrichtungen für
psychisch Kranke
(RPK) in der
Bundesrepublik
Deutschland

(Albrecht & Bramesfeld 2004)

Einrichtungen und Dienste – Berufliche Trainingszentren (BTZ)

- BTZ nur an sehr wenigen Orten vorhanden
- Speziell für psychisch behinderte Menschen konzipiert, die bereits über eine Ausbildung bzw. Berufserfahrung verfügen
- Leistungen: Information und Beratung, Orientierung, Qualifizierung, Wiedereingliederung, Hilfen beim Start
- Ziel: Abklärung einer realistischen beruflichen Perspektive und Wiedereingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt durch Trainingsmaßnahmen
- Zugang zu Maßnahmen setzt hohes Maß an Stabilität und Belastbarkeit des Rehabilitanden voraus
- Anzahl der Einrichtungen in Deutschland: 14

BTZ Gütersloh – Statistik 2004 – Erfolgsquote:
43% (erster Arbeitsmarkt)





**Berufliche
Trainingszentren (BTZ
in der Bundesrepublik
Deutschland**

(Albrecht & Bramesfeld 2004)

Einrichtungen und Dienste – Berufsförderungswerke (BFW)

- Außerbetriebliche und überregional aufnehmende Bildungseinrichtungen zur Aus- und Weiterbildung von erwachsenen behinderten Menschen mit Berufserfahrung
- Öffnung für Menschen mit psychischer Behinderung seit Mitte der 80er-Jahre
- Jedes Berufsförderungswerk bietet eine ausgewählte Palette an Berufsfeldern an -> im Einzelfall ist es möglich, dass ein best. Berufswunsch nur in einem weit entfernt liegenden BFW realisierbar ist -> Wohnmöglichkeiten sind gegeben
- Zugang zu Maßnahmen setzt hohes Maß an Stabilität und Belastbarkeit des Rehabilitanden voraus
- Anzahl der Einrichtungen in Deutschland: 24



Berufsförderungswerke
(BFW) in der Bundes-
republik Deutschland
(Albrecht & Bramesfeld 2004)

Einrichtungen und Dienste – Berufsbildungswerke (BBW)

- Außerbetriebliche und überregional aufnehmende Einrichtungen, die der erstmaligen Ausbildung jugendlicher Behinderter dienen
- Öffnung für psychisch behinderte Jugendliche seit Mitte der 80er-Jahre
- Leistungen: berufsvorbereitende Maßnahmen, Berufsausbildung
- Wohnortnähe in der Regel nicht gegeben
- Zugang zu Maßnahmen setzt hohes Maß an Stabilität und Belastbarkeit des Rehabilitanden voraus
- Anzahl der Einrichtungen in Deutschland: 25



**Berufsbildungswerke
(BBW) in der Bundes-
Republik Deutschland**
(Albrecht & Bramesfeld 2004)

Einrichtungen und Dienste – Integrationsämter, Integrationsfachdienste

Integrationsämter:

- Früher: Hauptfürsorgestellen
- Förderung der Teilhabe *schwerbehinderter* Menschen am Arbeitsleben
- Leistungen: Durchführung von Aufklärungs-, Schulungs- und Bildungsmaßnahmen; begleitende Hilfen im Arbeitsleben

Integrationsfachdienste:

- Dienste Dritter -> im Auftrag der Arbeitsämter, Integrationsämter oder Rehabilitationsträger tätig
- Durchführung von Maßnahmen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben
- Leistungen: Erhaltung und Erlangung eines Arbeitsplatzes, Vermittlung und begleitende Hilfen
- Inzwischen flächendeckendes Netz: in jedem Arbeitsamtbezirk (BA) ein Integrationsfachdienst

Einrichtungen und Dienste – Integrationsprojekte, Selbsthilfefirmen

Integrationsprojekte:

- Rechtlich und wirtschaftlich selbständige Unternehmen (Integrationsunternehmen) oder unternehmensinterne oder von öffentlichen Arbeitgebern geführte Betriebe (Integrationsbetriebe)
- Bieten Arbeitsplätze des allgemeinen Arbeitsmarktes für schwerbehinderte Menschen
- Gestaltung von Arbeitszeit, Arbeitsklima und Arbeitsorganisation an die Bedürfnisse der Nutzer angepasst
- Teilweise Möglichkeit zur Belastungserprobung, berufliche Rehabilitations-, Qualifizierungsmaßnahmen, Ausbildung

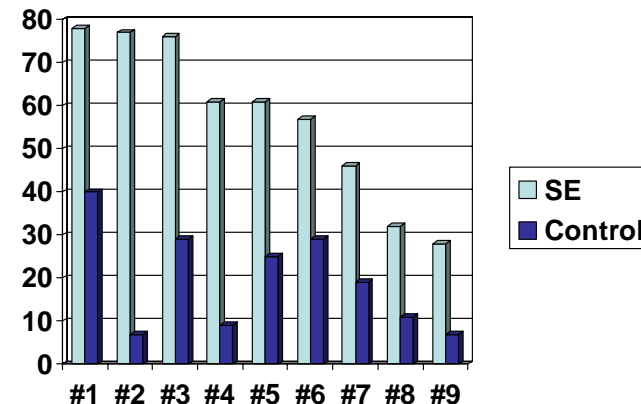
FAF 2002: 356 Integrationsprojekte in D, durchschnittlich beschäftigt: sozialversichert (mBeh) 13,2; sozialversichert (oBeh) 12,3, <15 Std. (mBeh) 2,3; <15 Std. (oBeh) 3,7; Spektrum: industrielle Fertigung, Dienstleistungen, Handel, Handwerk, Hotel, Gaststättengewerbe, Multimedia- und IT-Firmen

(Internationale) Modelle und Programme

– Supported Employment (SE)

- Unterstützte Beschäftigung
- Evidenzbasierte Intervention, die psychisch erkrankte Menschen dabei unterstützt, soweit als möglich am kompetitiven Erwerbsleben teilzunehmen
- SE entstand Mitte der 80er-Jahre in den USA und wurde 1987 erstmals bei Menschen mit psychischen Erkrankungen angewandt
- Ziel: direkte, klientenorientierte Vermittlung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bei zeitlich unbegrenzter professioneller Unterstützung (Bond 1992)

9 RCT: average competitive employment rate was 56% for consumers in SE, compared to 19% in controls, mean effect size 0.85, NNT 4.45 (Bond 2004, Crowther et al. 2005)



(Internationale) Modelle und Programme – Supported Employment (SE)

Bundesarbeitsgemeinschaft f. Unterstützte Beschäftigung (BAG UB) e. V.: Bundesweiter Zusammenschluss von Integrationsfachdiensten, Schulen, Forschungsinstituten, weiteren Fachdiensten zur Teilhabe am Arbeitsleben u. a. (seit 1994), Stärkung von SE-Ansätzen

Evidence for principles of SE / Was wirkt an SE? (*Bond 2004*)

1. Fokus erster Arbeitsmarkt: ++
2. Programm-Zugang Nutzer-geleitet: ++
3. Schnelle Jobsuche: ++
4. Integration SE und psychiatrische Dienste: +
5. Aufmerksamkeit für Nutzerpräferenzen: +
6. Zeitlich unbegrenzte individuelle Unterstützung: ~
7. Beratung soziale Hilfen: ~

(Internationale) Modelle und Programme

– Supported Employment (SE)

Studie Cook et al. (2005)



Effectiveness-
Studie!

- SE vs. Standardangebote der beruflichen Rehabilitation
- Randomisierte Zuweisung von 1273 Versuchsteilnehmer aus 7 Bundesstaaten der USA in die beiden Bedingungen (multizentrische Studie)
- Studiendauer: 2 Jahre
- Ergebnisse:
 - SE: 55% Jobs auf dem ersten Markt, Reha 35%;
 - SE: 51% arbeiten 40 Std. und mehr im Monat, Reha 39%;
 - Höheres monatliches Einkommen in SE-Gruppe als in Reha-Gruppe (122\$ vs. 99\$);
 - Überlegenheit von SE wird über die Zeit noch deutlicher

(Internationale) Modelle und Programme – Individual Placement and Support (IPS)

- Supported Employment-Intervention
- Prinzipien:
 - Integration von Behandlung und Rehabilitation
 - Kompetitive Beschäftigung
 - Direkte Arbeitsplatzsuche
 - Fortlaufende Unterstützung
 - Berücksichtigung der individuellen Wünsche und Bedürfnisse
 - Gemeindenahe Betreuung
 - Berufliche Wiedereingliederung als Teamaufgabe
- Überprüfung der IPS-Prinzipien durch IPS Fidelity Scale

Becker & Drake 1994, Bond et al. 1997

EQOLISE – EU Förderung

Randomisierte kontrollierte Studie (London, Groningen, Günzburg/Ulm, Zürich, Rimini, Sofia)

- Randomisierung: minimisation method, „balancing“ für jedes Randomisierungsereignis
- Stratifizierung nach Zentrum, Geschlecht und beruflicher Vorgeschichte (vergangene 5 Jahre: > vs. < 1 Monat in kompetitiver Beschäftigung)

Individual Placement and Support nach Drake & Becker

- N = 150
- Zeitlich unbegrenzte, klientenorientierte Betreuung sowohl bei der Suche nach einem kompetitiven Arbeitsplatz als auch während der Ausübung der Beschäftigung
- Die Betreuung erfolgt gemeindenah
- IPS-Mitarbeiter sind in ein multidisziplinäres Behandlungsteam integriert

„Place and then train“

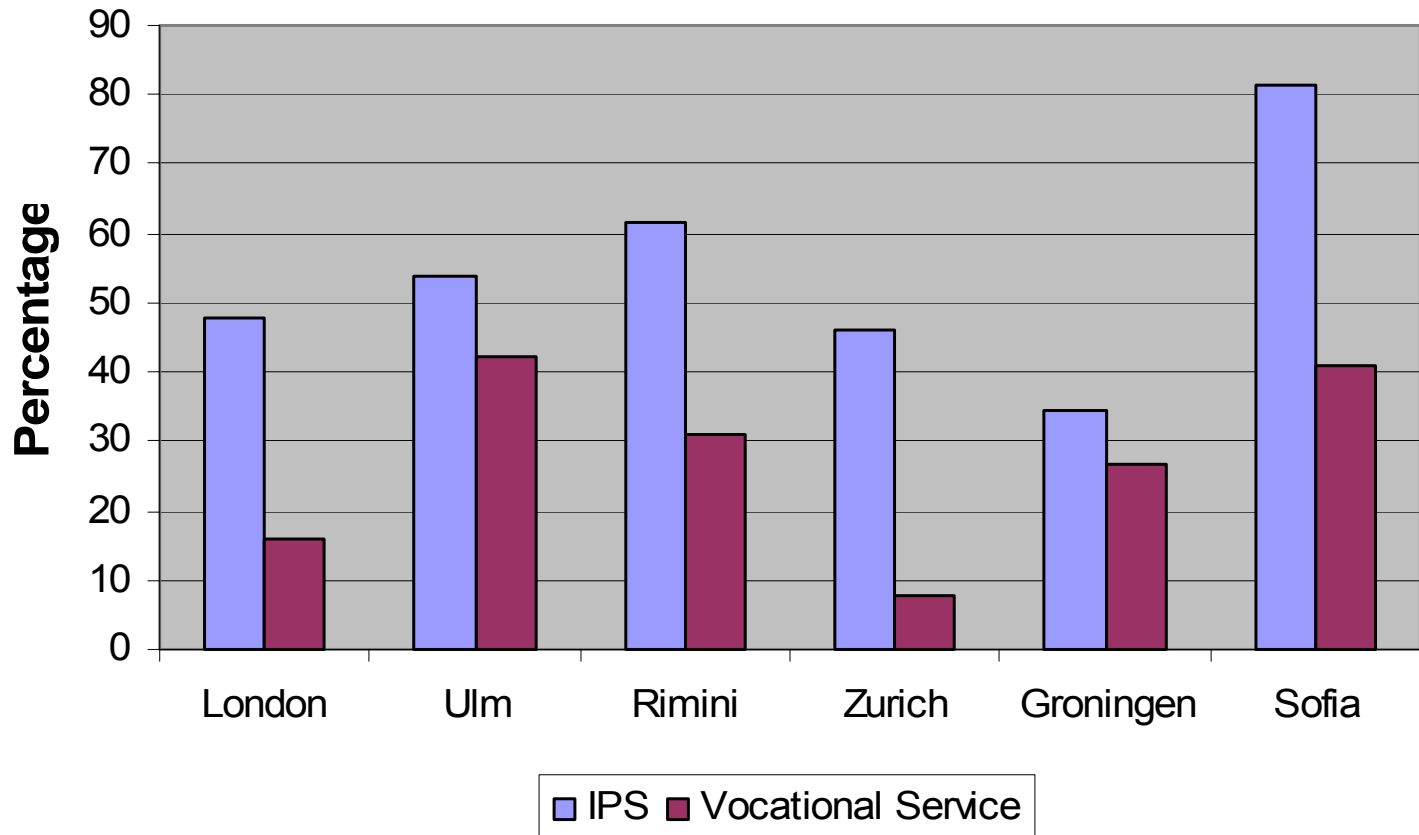
Standardangebote der beruflichen Rehabilitation

- N = 150
- Schrittweise Vorbereitung auf den beruflichen Wiedereinstieg
- Häufig lange stationäre Aufenthalte außerhalb der Gemeinde
- Häufig keine Nachbetreuung

„Train and then place“

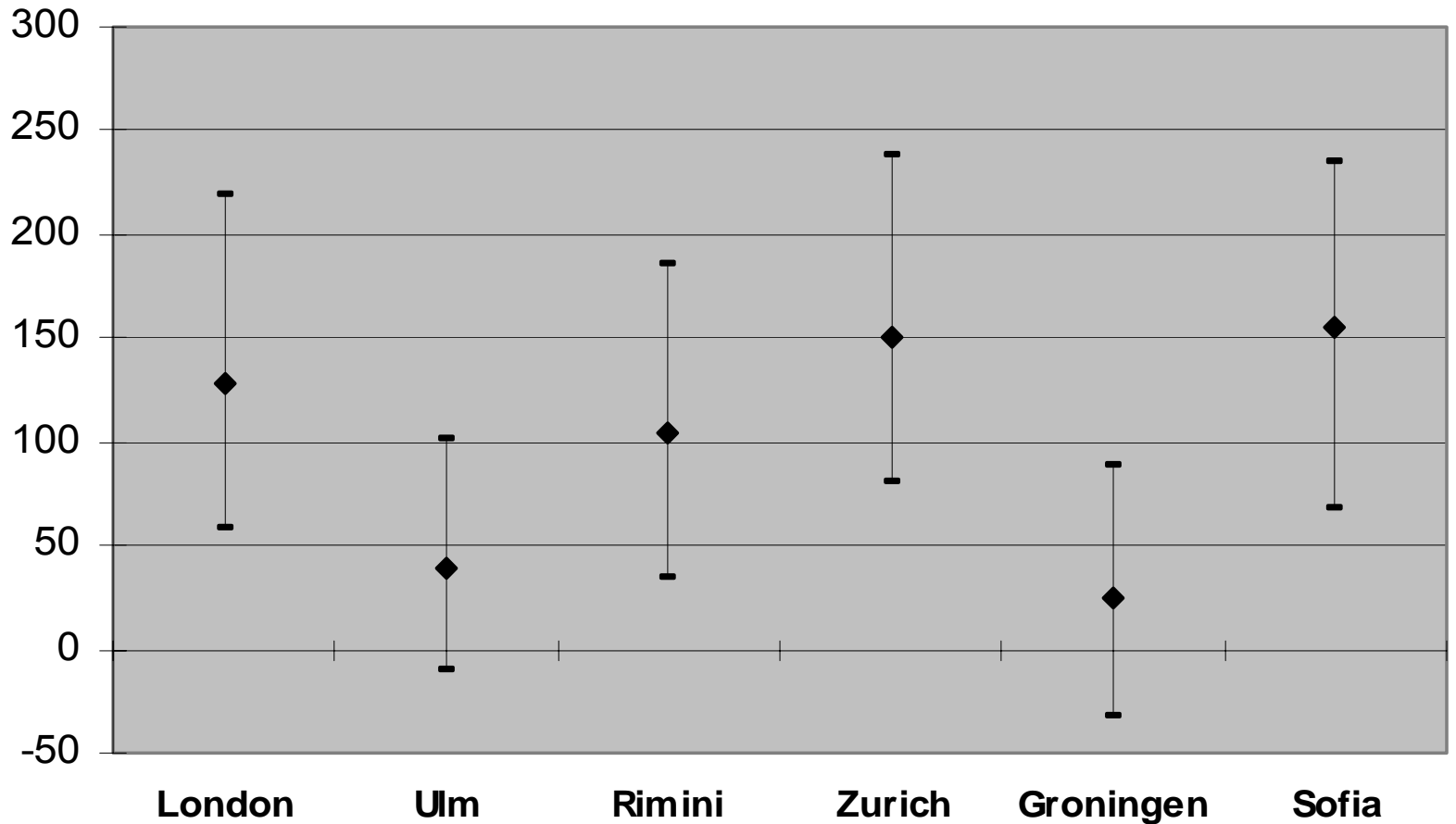
Ergebnisse der EQOLISE Studie

Worked for at least one day



Unterschiede zwischen IPS und Reha

Number of days worked



(Internationale) Modelle und Programme

– Das Berner Job Coach Projekt

- Lehnt sich an das Modell des „Individual Placement and Support“ (IPS) an
- Klienten werden von einem Job Coach angestellt und entlohnt, nicht vom Arbeitgeber -> Konzept eines Personalvermittlungsunternehmens
- Job Coaches betreuen bis zu 20 Klienten am Arbeitsplatz, stehen in Kontakt zu Vorgesetzten und psychiatrischen Betreuern
- Leitung des Projekts durch eine Koordinatorin: Vorgesetzte der Job-Coaches; Kontakt- und Informationsstelle gegenüber Betrieben, Berufsberatern, Therapeuten u. a.
- Ziel: berufliche Integration psychisch erkrankter/behinderter Menschen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt

Hoffmann 2002

(Internationale) Modelle und Programme – Pass- Programm zur beruflichen Wiedereingliederung psychisch Kranker in die freie Wirtschaft

- Programm der UPD (Universitäre Psychiatrische Dienste) Bern: **P**erson, **A**rbeit und **S**oziales **S**ystem
- Dauer: 18 Monate; 5 Phasen: Abklärungsphase, Werkstattphase, Trainingsarbeitsplatz, Integrationsphase, Nachbetreuungsphase
- Selektion in der Abklärungsphase: ungenügende Arbeitsleistung, Überforderung und ausgeprägte Negativsymptomatik können zu Nicht-Aufnahme führen (etwa 1/3 scheitern in dieser Phase)
- Struktur von Phase 1 und Phase 2: Arbeitszeit von 07:30-11:45 und 13:15-16:35; Mittagspause: 11:45-13:15; zwei Pausen von je 20 Minuten
- Phase 3: Bedingungen von den jeweiligen Betrieben abhängig
- Phase 4: Vorbereitung und Mithilfe bei der Stellensuche
- Phase 5: Begleitung und Unterstützung nach Stellenantritt

Erfolgsquote 6 Monate nach Beendigung des Programms: 32%

Trieste Mental Health Department 1998

4 Mental Health Centres (24h)

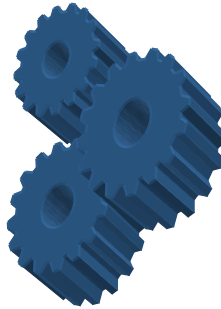
- 4 Ärzte
- 1 Psychologe
- 20 Pflegekräfte
- 2 Sozialarbeiter
- 8 Betten
- Zuständigkeitsbereich:
~ 60.000 Personen

Psychiatric Diagnostic and Treatment Unit

- konsultative Funktion
- 8 Betten für kurzzeitige stat. Behandlung

Rehabilitation and Residency Service

- Koordination: Training, Reha, soziale Integration
- Management der Strukturen im Department für Rehabilitations-, Wohneinrichtungen, Aktivitäten, Workshops der Tageszentren



4 Arbeitskooperativen

- 200 Mitglieder
- „Train and Place“

3 Angehörige- und Selbsthilfegruppen

- Entstigmatisierung
- Förderung der Rechte psychisch Kranker

Schlussfolgerungen

- Vielfalt beruflicher Reha-Angebote
- Berufliche Reha-Angebote kontextabhängig
- *Train and place-* und *Place and train-*Ansatz
- Wem hilft was? Wer braucht was? Wer will was?
- Dafür brauchen wir auch gute Forschung – nicht nur RCT
- Arbeit - zentrales Kriterium gesellschaftlicher Integration
- Erfolgreiche Konzepte beruflicher Rehabilitation = entscheidendes Kriterium positiver Entwicklung psychiatrischer Versorgung
- Rehabilitationsforschung ist Therapieforschung
- Rehabilitationsforschung ist Psychotherapieforschung
- Den Systemzusammenhang betrachten (Akutbehandlung und Rehabilitation sind Teil eines Kontinuums)

Integrative Arbeitsangebote

Soziale Unternehmen: Rehabilitation und Marktwirtschaft

Marktwirtschaftlich erfolgreich:

- Ermöglichen Teilzeit- (Sozialleistungen plus Erwerbsarbeit) und Vollzeiterwerbsarbeit
- Arbeiten kostendeckend; die teils gezahlten Subventionen werden häufig für höhere Lohnkosten eingesetzt, die z.B. durch geringere Produktivität im Vergleich mit anderen Unternehmen entstehen

Rehabilitationsfunktion:

- Ca. 1/3 der Erwerbstätigen nimmt im Anschluss eine Tätigkeit auf erstem Arbeitsmarkt auf
 - Verbesserung der psychischen Gesundheit:
 - Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung ↓
 - Funktionsniveau (soziale Interaktion, Arbeitsverhalten, Selbstversorgung, Freizeitverhalten) ↑
 - Selbstwertgefühl, Zufriedenheit ↑ (Grove et al. 1997)

Integrative Arbeitsangebote

Bundesarbeitsgemeinschaft Integrationsfirmen e. V.:

- Zusammenschluss der Integrationsunternehmen in Deutschland
- > 500 Integrationsfirmen und Integrationsprojekte in Deutschland
- Ca. 16 500 Arbeitsplätze des ersten Arbeitsmarktes für Menschen mit und ohne Behinderung – mind. 25% Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung
- Hohes Maß an Arbeitsplatzsicherheit
- Gestaltung einer humanen Arbeitswelt
- Branchen: Industrielle Fertigung, Dienstleistungen, Handel, Handwerk, Hotel- und Gaststättengewerbe, Multimedia- und IT-Firmen

Integrative Arbeitsangebote

- **Soziodemografische Merkmale** (Diagnose, Symptome, Alter, Geschlecht...) haben nur **geringen Einfluss** auf Vermittlung / Verbleib in Erwerbsarbeit (*Provencher 2002*)
- **Subjektive Sicht** auf Rehabilitationsprozess **entscheidet** über Verlauf: günstiger bei subjektivem Konzept „Herausforderung“ als bei „Risiko“ (*Provencher 2002*)
- **Interesse an Arbeit als Prädiktor** für Aufnahme einer Erwerbsarbeit; jedoch kein Einfluss auf Verbleib in der Tätigkeit (*Collins et al 2000*)
- **Soziale Unterstützung** sowie feste **Partnerschaft** beeinflussen Ausmaß der produktiven Aktivität (schulische / berufliche Ausbildung, Erwerbsarbeit) (*Collins et al 2000*)
- **Misserfolge USA:** Staatliche Fehlinvestitionen, Notwendigkeit privater Finanzierung, wenig Info über wirksame Module, keine Integration mit Gemeindepsychiatrie, Aufnahmekriterien zu eng, Profis unterschätzen Wert der Arbeit für Klienten, disincentive Verlust finanzieller Unterstützungsleistungen (*Bond 2001*)

Integrative Arbeitsangebote

- *Prozess- und Ergebnisvariablen* bedürfen weiterer Untersuchungen
- Wirkung *zusätzlicher Angebote* (z.B. Beratung über Sozialleistungen im Zusammenhang mit Erwerbsarbeit)
- Rolle von *krankheitsspezifischem* Rückzug bei Finden von und Verleib in Arbeit
- Wirkung von Ort, Zeit, Tätigkeitsprofil ...
- Art der Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte
- Beziehung zwischen dem unterstützenden Arbeitsangebot und dem Medikamenten-Einnahmeverhalten (*Compliance*)
- Wie müssen *Kernelemente* angeboten werden, damit sie wirksam werden?
- Wirkung unterschiedlicher *Arbeitsmarktbedingungen* (Arbeitslosigkeit, Sozialsystem) auf Erfolg? (*EQOLISE*)